

Année 1931

N° _____

THÈSE
POUR LE **566**
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

Joseph SIMSA

Né à Roman (Roumanie), le 15 Octobre 1900

**Contribution à l'étude clinique
des formes atypiques du dolichocolon**

Président : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS

**LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE, 45**

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

Joseph SIMSA

Né à Roman (Roumanie), le 15 Octobre 1900

Contribution à l'étude clinique des formes atypiques du dolichocolon

Président : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE, 45

1931

LE DOYEN M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ CUNEO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	{ MULON.
	{ MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GURNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. NAUCLAIRE, professeur sans chaire .

PREY
CHAILLEY-BERT
LEDOUX-LEBARD
WEIL-HALLÉ

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Péculature.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A EDICA, MA FEMME ADORÉE

En témoignage de mon profond amour.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

ETTY SIMSA, RASCHELLE ET MAX MARCUS

*Témoignage d'affection et
d'inoubliable reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
DE MA GRAND'MÈRE

A M. LE PROFESSEUR P. CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.
Hommage de notre profonde gratitude.*

A. M. LE DOCTEUR FRIEDEL

Assistant de M. le Professeur Carnot
Médecin à la Consultation de Rectologie
de l'Hôpital l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut toujours plein de bienveillance
pour nous, lors de notre séjour dans
son service.*

A M. LE DOCTEUR AMY (de Bruxelles)

Assistant de M. le Professeur Carnot

*Profonde reconnaissance pour les conseils
qu'il a bien voulu nous donner.*

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, l'étude sémiologique des maladies des voies digestives a fait d'immenses progrès dus en grande partie au perfectionnement constant des techniques radiologiques et l'utilisation de procédés de laboratoire relativement récents. Aussi, la fréquentation assidue de certaines polycliniques des voies digestives éveille-t-elle chez le praticien non spécialisé l'idée d'organismes extraordinairement complexes, aux mouvements automatiquement et définitivement réglés, sans qu'il paraisse intervenir au cours des examens de directives particulières à chaque cas, propres à chaque malade.

Ayant eu l'avantage de travailler au service de notre Maître le Professeur P. Carnot, à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, et de collaborer en particulier au fonctionnement de la consultation spéciale de proctologie du Docteur Friedel, nous avons pu juger par nous-même, de l'importance accordée à l'examen clinique de chaque malade avant qu'il ne soit soumis aux différents examens nécessités par son état.

Si nous sommes hautement partisans de l'orga-

nisation dans un service gastro-entérologique de laboratoires de recherches biologiques bien outillés, de consultations spécialisées suivant le plan réalisé par le Professeur P. Carnot, nous ne pouvons admettre l'application systématique à chaque malade de la même série d'épreuves et de recherches suivant un plan déterminé une fois pour toutes. Nous n'insisterons pas sur les inconvénients d'une telle méthode au point de vue financier ; inapplicable en clientèle privée, elle grèverait inutilement les budgets hospitaliers déjà fort réduits. Sans vouloir détailler d'autre part les pertes de temps, de travail et d'argent qu'imposerait aux patients une hospitalisation prolongée, il y a lieu de noter l'encombrement rapide des salles, leur engagement même au détriment du courant de malades indispensable à la bonne marche d'un service clinique.

De telles méthodes d'examens systématiques en série sont particulièrement dangereuses au point de vue didactique. L'étudiant qui s'approche du lit du malade ne chercherait plus comme autrefois à noter les premières particularités sur lesquelles insistaient les anciens maîtres et s'emparerait aussitôt de la liasse de réponses venues du laboratoire pour échauffer sur les données des diverses fiches une observation clinique *a posteriori*.

A la lumière des enseignements du laboratoire, il est possible, à l'heure actuelle, de tenter une critique valable des anciennes conceptions cliniques et

des principes de la sémiologie classique. Cet effort nous paraît particulièrement indiqué dans l'étude des maladies de l'appareil digestif ; aussi, avons-nous tenté, dans ce travail, de rendre au dolichocolon une certaine unité clinique. Nous verrons certes la diversité de ses formes, auxquelles de récents et importants mémoires ont été consacrés au cours de ces derniers vingt ans, mais nous essaierons de grouper ensuite les signes cliniques qui permettent de soupçonner le dolichocolon. Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons cependant à affirmer encore la nécessité du laboratoire biologique ou radiologique dont le contrôle indispensable permet seul, en dernière analyse, de confirmer ou d'infirmier un diagnostic clinique.

DEFINITION

La définition du dolichocolon est assez difficile. On peut la résumer en quelques mots en disant qu'il s'agit d'une affection caractérisée au point de vue anatomique par un allongement localisé ou généralisé du gros intestin. Il peut exister, dans certains cas, une augmentation de calibre des segments malades.

Malheureusement, cette définition ne permet guère de fixer de limites nettes entre la normalité et l'état pathologique ; aussi, de nombreux auteurs ont-ils tenté de résoudre cette question plus ou moins arbitrairement. Dans la pratique, on peut considérer que l'anse sigmoïde, par exemple, est anormale lorsqu'elle dépasse le niveau des crêtes iliaques au cours des examens radiologiques ; de même encore, on peut parler de dolichocolon lorsqu'on se trouve devant des boucles du colon descendant, boucles se trouvant le plus souvent au niveau de la crête iliaque gauche ; enfin, les coudures en U ou en V de la moitié droits du transverse, avec accolement en canon de fusil au cœco ascendant constituent également des malformations dolichocoliques.

Au point de vue clinique, la définition du dolichocolon paraît, au premier abord, presque impossible. Tous les auteurs s'accordent pour énumérer la

variabilité des formes cliniques sous lesquelles cette malformation de l'intestin terminal peut se présenter. Nous aurons, en particulier, l'occasion d'étudier tout particulièrement au cours de ce travail la forme dyspeptique allant jusqu'aux hématomèses et au méloéna, la forme appendiculaire vraiment trop peu connue, la forme avec ballonnement et crises de subocclusion, enfin la forme avec intoxication générale qui fait toujours craindre une néoplasie méconnue.

L'existence des cas cliniquement latents jusqu'à un âge très avancé ne peut enfin qu'accentuer la difficulté du problème. L'étude de nos malades personnels, celle aussi des observations publiées dans la littérature, nous permet d'envisager, au cours de dolichocolon un ensemble de quelques signes banaux, ensemble caractéristique qui doit toujours engager le praticien à demander un examen radiologique complémentaire destiné à confirmer le diagnostic d'attente de dolichocolie.

Les plus importants et les plus constants de ces signes banaux sont la constipation le plus souvent entrecoupée de débâcles diarrhéiques, l'aérocolie avec ses crises de ballonnement soulagées par des émissions gazeuses, enfin des phénomènes accidentels de subocclusion intestinale basse dont la répétition et la résolution spontanée sont le signe d'une anse anormalement libre rattachée à un méso trop étroit.

PATHOGENIE

Les théories pathogéniques de dolichocolon sont fort diverses. Certains considèrent l'affection comme congénitale et en rapport avec un trouble du développement ou avec la persistance chez l'adulte d'une disposition infantile ; d'autres, au contraire, font du dolichocolon une conséquence de troubles colitiques, moteurs exclusivement, ou d'origine infectieuse.

*
* *

Les partisans des théories anatomiques (Kantor, White, Piergrossi, Bianchi, Bensande) prétendent que le dolichocolon est une malformation qui ne présente en soi rien de pathologique, en se basant notamment sur la latence de l'affection chez un certain nombre de sujets. Bensande et Monod, dans leur récente monographie sur le dolichosigmoïde écrivent notamment que le dolichocolon est une lésion qui peut rester méconnue du sujet « et qui est découvert à propos d'un examen pour une toute autre lésion ». Et ces auteurs notent dans leurs statistiques, quatre

cas : l'un de diverticulité de l'intestin terminal (in R. Bensande et O. Monod, *Le dolichosigmoïde*, Les Annales de Médecine, avril 1930, observation n° 1) ; le second de néoplasme du gros intestin (*ibid*, observation n° 3). Par contre, les deux autres cas nous paraissent s'être présentés à l'examen spécialisé pour des troubles nettement en rapport avec la malformation dont ils étaient porteurs, et nous ne saurions nier toute relation entre le suintement anal (de l'observation n° 2, *ibid*), la constipation habituelle avec débâcles diarrhéiques et hémorroïdes internes (de l'observation n° 4, *ibid*) et l'allongement de l'anse sigmoïde dont souffraient ces malades. Nous pensons au contraire que les troubles signalés par ces deux dernier malades étaient suffisamment nets pour faire soupçonner une malformation anatomique de l'intestin terminal sans pour cela permettre de poser un diagnostic clinique de dolichocolon.

Un autre fait plaide encore, nous semble-t-il, contre l'origine congénitale du dolichocolon : c'est la rareté relative du dolichocolon dans la première enfance. Dans la statistique de Chiray, Lomon et Wahl, les phénomènes cliniques se sont manifestés aux environs de l'âge adulte (20 cas sur 28 observations personnelles). Comme le font remarquer ces auteurs : « c'est là une notion importante qui distingue nettement le dolichocolon du syndrome de Hirschprung qui, sauf exception, se manifeste de façon beaucoup plus précoce ».

D'autres théories à tendances anatomiques trouvent l'origine du dolichocolon dans la persistance chez l'adulte d'une disposition normale chez l'enfant (Trèves, Marfan). Ces notions sont, en partie, à reviser, car les statistiques relatives à la longueur du gros intestin chez les enfants montrent des variations individuelles de même grandeur que celles que l'on note au cours de l'examen d'une série de sujets adultes (Bryant et Larrimore).

*
* *

Les théories à tendances physio-pathologiques mettent en évidence le rôle de la stase intestinale chronique et celui des troubles colitiques.

Pouchet attribue même l'allongement du sigmoïde à de mauvaises habitudes intestinales entraînant la constipation chronique.

Lorzi, d'autre part, envisage dans cette malformation des troubles d'origine nerveux conditionnant à la fois, et au même titre le ralentissement du travail et les troubles inflammatoires.

Plus éclectiques, Chiray, Lomon et Wahl envisagent dans la pathogénie du dolichocolon deux ordres de faits bien distincts : tout d'abord, une prédisposition d'ordre anatomique ayant trait à une soudure incomplète des mésocolons à la paroi, leur hauteur d'insertion variable qui déterminera la façon

dont les coudes sigmoïdiens peuvent se plisser ou se couder ; ensuite, des causes déterminantes d'ordre physio-pathologiques, en particulier le ralentissement du transit intestinal, ce ralentissement est le résultat d'un trouble fort complexe que nous aurons l'occasion de développer ultérieurement. Qu'il nous suffise de faire remarquer que le transit devient anarchique, suivant l'expression de Bensaude et Guénaux, avec une stase en amont de l'anse dolichocolique, alors que la traversée de l'anse même est excessivement rapide et aboutit à une élimination précoce, paradoxale, des repas barytés.

L'intervention de ce facteur, stase intestinale chronique, doit être considérée comme réelle, puisque divers auteurs ont pu constater une régression du dolichocolon par une cure systématique de la constipation ; nous citerons, à ce propos, les observations publiées par H. Béclère, A. Girault, G. Durand, Mlle Reichenecher, Chiray et ses collaborateurs.

SYMPTOMES CLINIQUES DE LA FORME TYPIQUE DU DOLICHOCOLON

Avant d'aborder l'étude des formes atypiques auxquelles nous désirons consacrer ce travail, nous devons détailler les symptômes cardinaux de la forme douloureuse avec aérocolie que les auteurs considèrent à juste titre comme la forme typique.

Dans leur mémoire, Bensande et Monod en rapportent plusieurs cas ; Chiray, Lomon et Wahl consacrent à cette forme un des chapitres les plus importants de leur monographie.

Les débuts sont insidieux, et certains de nos malades signalent comme premier accident notable l'apparition d'une diarrhée. Un interrogatoire très fouillé permet cependant de reconnaître une constipation relativement précoce, remontant quelquefois jusqu'à l'enfance. Les sujets signalent même, quelquefois, que déjà à cette époque, ils faisaient montre d'une tolérance particulière pour les lavements ; cette notion, très importante, permet déjà d'assigner une date probable au début du dolichocolon.

Nous avons pu noter chez certains malades une amélioration nette, une guérison en apparence définitive au cours d'une vie physiquement très active, et il y a lieu de remarquer en particulier l'effet de

la vie agitée de la dernière guerre 1914-18, sur les troubles intestinaux de nos patients. Il est malheureusement impossible de connaître rétrospectivement la valeur et la nature de cette amélioration ; s'agit-il uniquement d'une excitation des phénomènes de nutrition générale chez des individus sédentaires ; peut-on parler d'une amélioration des fonctions nerveuses végétatives par les soucis de la vie au front ?



A la période d'état, le tableau clinique du dolichocolon est caractérisé par une triade symptomatologique : constipation, aérocolie, crises douloureuses abdominales. Nous envisagerons longuement chacun de ces trois signes.

La constipation. — Il s'agit d'une constipation particulièrement tenace, qui, à l'inverse des autres types de stase intestinale chronique se montre peu toxique, tout au moins dans la première période de la maladie.

Cette constipation ne cède pas aux laxatifs habituellement prescrits et résiste même souvent aux purgatifs énergiques. Seuls, les lavements arrivent à l'amender et, très souvent, les malades avertis par leur expérience personnelle insistent sur la parfaite tolérance qu'ils ont des grands lavements.

Dans d'assez nombreux cas, cette constipation est entrecoupée de débâcles diarrhéiques plus ou moins rapprochées qui peuvent s'accompagner de fermentations ou de putréfactions intestinales. Cette tendance diarrhéique peut même s'exagérer et venir masquer la constipation primitive. La colite peut donc être considérée comme une véritable complication du dolichocolon et absolument pas comme une de ses causes.

L'aérocolie est, d'après Chiray, un des signes les plus constants. Il se manifeste au point de vue subjectif par l'importance des émissions gazeuses de ces malades, par la sensation de ballonnement qu'ils éprouvent ; au point de vue objectif, enfin, un météorisme plus ou moins accusé.

Le ballonnement survient par périodes de quelques jours, et ne présente donc guère d'analogie avec la sensation de gonflement post-prandial signalée par les aérophages. Par son importance, ce ballonnement peut aboutir à une sensation douloureuse que seule l'émission gazeuse vient soulager.

Au point de vue clinique, on se trouve, au premier abord, devant un gros ventre, qui rappelle à la vue le ventre des obèses ; le palper immédiatement rend compte du peu d'importance de la couche graisseuse sous-cutanée et de la minceur de la paroi musculaire. La palpation profonde donne une sensation de résistance plus ou moins élastique.

Les crises douloureuses revêtent le plus habi-

tuellement le tableau de la crise d'occlusion ou de subocclusion intestinale. Leur horaire est particulièrement irrégulier, ce qui les différencie des crises gastriques notamment ; ces crises répondent dans certains cas à un volvulus incomplet de l'anse doli-chocolique autour de son méso ; dans d'autres cas, elles ne sont que l'exagération des crises douloureuses de l'aérocolie, crises douloureuses provoquées par les coudures brusques que fait l'intestin terminal.

Les crises douloureuses de volvulus se localisent aux environs de la fosse iliaque gauche ; elles s'accompagnent quelquefois de nausées, rarement de vomissements. Elles cèdent habituellement à un lavement purgatif et à l'injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Elles exigent une surveillance médicale particulièrement sévère et peuvent conduire à l'intervention ; les chirurgiens ont fréquemment l'occasion de les signaler dans leurs observations de volvulus opéré et ils ne manquent pas d'insister sur l'importance des décisions thérapeutiques à prendre dans ces cas. Nous relevons, par exemple, dans le livre de Mondor sur les diagnostics urgents de l'abdomen, l'observation suivante empruntée à Savariaud : « Permissionnaire arrivant à l'Hôpital Militaire de Caen au troisième jour d'une violente crise d'occlusion exaspérée par une purgation. Le malade avait déjà présenté une occlusion qui s'était spontanément ré-

solue. Savariaud fit le diagnostic ferme d'occlusion, mais au moment de l'opération, le malade se sentit tout à coup soulagé, affirma avoir rendu des gaz et des matières. Se rappelant la crise antérieure spontanément résolue, le chirurgien surseoit à l'opération ; il la reprend le lendemain sur un malade mourant et trouve un énorme volvulus de couleur verdâtre. » De tels exemples sont nombreux ; ils montrent la complexité du problème et la nécessité d'une extrême prudence.

*
* *

C'est cette triade symptomatologique que nous allons rechercher dans les formes atypiques auxquelles nous nous sommes attachés. La recherche systématique de ces différents signes, leur étude et leur discussion permettent le plus souvent de poser avec exactitude le diagnostic de dolichocolon au premier examen d'un malade.

SYMPTOMATOLOGIE RADIOLOGIQUE DU DOLICHOCOLON

Pour poser le diagnostic de dolichocolon, l'épreuve du lavement baryté est indispensable. Dans le chapitre que nous allons consacrer à l'étude radiologique, nous n'insisterons guère sur la description des divers aspects obtenus par le lavement baryté, désirant nous consacrer plus particulièrement aux divers signes révélateurs du dolichocolon au cours des examens radiologiques divers de l'abdomen ; autrement dit, dans cette étude, comme dans le chapitre clinique qui précède, nous voulons mettre en évidence les faits qui doivent inciter le praticien à poser le diagnostic de dolichocolon, et à en demander la vérification par le lavement baryté, seul moyen de certitude.

A. *Au cours de l'étude du fonctionnement gastrique*, l'attention sera souvent précocement attirée.

Déjà avant toute ingestion barythée, le radiologue notera l'importance de l'aérocolie. Cette aérocolie qui se manifeste surtout à l'angle splénique quand on pratique un simple examen radioscopique, se détaille très facilement sur les clichés radiogra-

phiques pris sans préparation aucune ; Lomon en a inséré de magnifiques exemples dans l'étude radiologique écrite avec Chiray et Wahl.

Cette aérocolie est particulièrement importante au niveau des angles : au niveau de l'angle hépatique, elle peut soulever le foie, le basculer même et venir au contact du diaphragme ; une observation personnelle nous permettra de détailler tous ces faits (voir Obs. Ferac). Au niveau de l'angle splénique, les gaz s'accumulent également, normalement déjà, on connaît la brusquerie de cet angle suspendu au diaphragme qui suffit à créer une gêne à la progression des gaz et des matières. Pour peu que la malformation dolichocolique atteigne cet angle, il se constitue une série de boucles gonflées par les gaz se détachant en clair sur le reste de l'image radiologique.

Dès l'ingestion de la bouillie barytée, l'estomac montre les déformations qui lui sont imprimées par les anses coliques voisines ; Leven et Barret, tout particulièrement, ont consacré d'importants mémoires à ces aspects ; le plus souvent, la grande courbure est refoulée vers la droite avec un aspect de fausse biloculation ; d'autres fois, l'anse sigmoïdienne anormale passe en avant ou en arrière du colon transverse et vient soulever le bas-fond gastrique ou l'antrum pylorique. Ces déformations passives influent naturellement sur le fonctionnement gastrique et

peuvent retarder notablement l'évacuation de l'estomac.

B. *Au cours de l'épreuve du transit intestinal*, de nombreuses remarques paraissent dignes d'être notées.

L'expérience montre qu'au cours de cette épreuve, il est indispensable de rapprocher les différents examens pour tenter de saisir l'anse anormale injectée. En effet, le transit propre de l'anse dolichocolique est extraordinairement rapide, et les clichés ne montrent le plus souvent qued eux masses barytées homogènes, l'une en amont de la lésion, dans le cæco colon ascendant, l'autre en aval dans le rectum. Ces deux masses sont quelquefois rattachées par des billes de baryte éparses à l'intérieur du cadre colique, billes dont la situation anormale doit immédiatement suggérer l'idée d'une dolichocolie.

Cette épreuve du lavement baryté aboutit à ce double résultat : élimination précoce de baryte par transit accéléré de l'anse anormale, élimination retardée de baryte par stase du cæco ascendant, stase entretenue par le spasme de l'anse dolichocolique.

Nous verrons ultérieurement que l'on peut considérer toute l'anse dolichocolique comme atteinte d'un spasme qui, d'une part, empêche la pénétration de la baryte dans le segment malade et entretient ainsi une stase en amont ; d'autre part, accélère la traversée de l'anse anormale par la baryte pour abou-

tir à une élimination alvine particulièrement précoce.

Cette notion de spasme de l'anse dolichocolique mise en évidence par Chiray, Lomon et leurs collaborateurs Wahl et Amy, nous donne donc l'explication de constatations cliniques et biologiques anciennes : transit accéléré avec constipation.

Enfin, ce spasme constitue peut-être un des éléments principaux du dolichocolon ; on peut le considérer comme une exagération des phénomènes normaux, puisque le cæco colon ascendant, organe de résorption, garde assez longtemps son contenu et que le transit du même bol fécal à travers le colon gauche, conduit exclusivement vecteur, est, au contraire, relativement rapide. Cet état normal est déjà exagéré dans la constipation diskinétiq.ue de Bensaude et Guénaux ; il trouve sa plus complète expression dans les malformations dolichocoliques.

C. *Le lavement baryté* est indispensable, avoûs-nous dit. Seul, il permet de poser un diagnostic ferme et précis. Le contrôle de sa progression à l'écran radioscopique permet de dissocier des images difficiles à interpréter sur une simple épreuve radiographique.

D'autre part, le radiologue constate au cours d'un lavement une tolérance parfaite qui permet sans aucune gêne, sans colique, sans sensation de tension

même, d'introduire plus de deux litres de liquide baryté.

Enfin, si l'on revoit le malade à l'écran après exonération du lavement, on s'aperçoit que seule l'anse anormale s'est vidée, alors que les segments situés en amont et considérés comme normaux, n'ont pas évacué leur contenu. Cette constatation confirme encore la notion de spasme que nous avons indiquée plus haut.

*
* *

En résumé, la constatation d'une aérocolie importante à la radioscopie, l'existence d'un transit anarchique à type de constipation dyskinétique de Bensaude doivent inciter le radiologue et le praticien à soupçonner un dolichocolon et à demander un contrôle définitif par lavement baryté.

LES FORMES ATYPIQUES DU DOLICHOCOLON

I

LA FORME DYSPEPTIQUE

Un groupe important de malades porteurs de dolichocolon consultent pour des phénomènes banaux d'allure dyspeptique. Ils se plaignent de pesanteurs post-prandiales, de goufflement lié très souvent à de l'aérophagie, de sensations douloureuses à allure de brûlure dans la région épigastrique et rétrostomacale.

L'examen complet des fonctions gastriques permet de constater par le tubage gastrique avec injection sous-cutanée d'histamine, suivant la méthode du Professeur Carnot, de Libert et Boutier ; une hypersécrétion volumétrique avec hyperchlorhydrie.

L'étude radiologique du transit gastrique permet de rapporter quelquefois les troubles dyspeptiques aux compressions de l'estomac par l'anse colique anormale, soit qu'il s'agisse de déformation des courbures avec aspect pseudo lacunaire, soit que les anses coliques démesurées aient attiré le pylore et le duodénum vers le flanc droit ou l'hypochondre droit.

Dans d'autres cas, les plus fréquents, d'ailleurs, il existe un spasme du pylore et un second examen radiologique est indispensable après une préparation du malade par les antispasmodiques classiques (belladone et dérivés, atropine ou succédanés, chlorhydrate de papavérine...). Trois éventualités peuvent alors se présenter :

Ou bien il s'agit d'une simple dyspepsie réflexe avec spasme pylorique et hyperchlorhydrie concomitante, suivant le tableau décrit magistralement par F. Ramond pour la dyspepsie d'origine appendiculaire, pour la dyspepsie d'origine colitique ou vésiculaire, et l'examen doit alors être complété par une étude complète des voies digestives au point de vue hépato-biliaire et intestinal.

Ou bien il s'agit d'une dyspepsie réflexe, en grande partie liée aux troubles du tonus neuro-végétatif, en particulier à l'exagération du tonus parasympathique, et on a le type de la dyspepsie nerveuse que Chêne a magistralement exposé dans sa thèse inaugurale. Il ne s'agit toujours là que d'un diagnostic d'attente, et l'examen fouillé du malade doit rechercher la lésion primitive, l'épine irritative à la base des troubles généraux et locaux.

Enfin, cet examen radiologique, après traitement d'épreuve antispasmodique, peut révéler des troubles du transit duodénal, en particulier une péri-duodénite. Nous aurons l'occasion d'insister sur cette

forme du dolichocolon avec périviscérite, forme qui aboutit très souvent à des troubles hémorragiques.

*
* *

Au cours de ces divers examens qui ont montré l'absence ou le peu d'importance des lésions gastro-duodénales, l'attention du praticien et du radiologue a été attirée vers le gros intestin tout d'abord, et logiquement, ils se trouvent obligés de suivre le transit intestinal avec toutes les précautions nécessaires ; le lavement baryté, dès qu'il sera possible, viendra donner l'explication pathogénique des troubles observés.

*
* *

Dans d'autres cas, particulièrement en clientèle modeste et à la campagne, le médecin se trouve dans l'impossibilité de faire pratiquer des examens radiologiques.

Il institue, tout d'abord, un traitement d'épreuve comportant les trois modes thérapeutiques indispensables : le régime qui évite les graisses cuites, et les aliments indigestes, la médication antispasmodique à doses progressivement croissantes, la médication saturante enfin avec les poudres absorbantes, carbonates alcalins et alcalino-terreux, sels de Bismuth ou d'alumine. Deux faits devront cependant déjà attirer son attention, c'est l'importance de la

constipation qui domine la scène, et dont les périodes d'exagération coïncident avec une recrudescence des troubles dyspeptiques, d'autre part, des petits signes d'intolérance intestinale qui doivent lui faire songer à la possibilité d'une colite. L'inefficacité du traitement d'épreuve vient confirmer ses doutes ; un interrogatoire plus fouillé, un examen plus approfondi mettent en évidence l'aérocolie avec son météorisme et ses anses douloureuses, ou les crises douloureuses caractéristiques de subocclusion. Un traitement dirigé exclusivement contre la constipation jugulera tous les troubles.

OBSERVATION PERSONNELLE

Ing..., vernisseur, âgé de 41 ans.

Ce malade s'est déjà présenté à la consultation de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu pour une histoire gastrique remontant à plusieurs années. Il se plaint de douleurs de la région épigastrique, qui survenaient au début assez tardivement, quatre à cinq heures après les repas, qui apparaissent actuellement beaucoup plus tôt, deux à trois heures après les repas. Les paroxysmes douloureux sont, d'autre part, devenus de plus en plus intenses et pénibles.

L'examen radioscopique pratiqué lors de la première consultation a montré : « La poche à air gastrique est de volume normal.

« Le bas-fond de l'estomac descend à la fin de l'ingestion de la baryte à deux travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques ; les contractions sont fortes et efficaces ; les passages s'effectuent bien, mais le bulbe duodénal s'emplit mal et pa-

raît irrégulier. Deux heures et demie après l'ingestion, il reste le volume d'une mandarine de baryte dans l'estomac.

« Les radiographies en série du duodénum (sélecteur du Docteur Dioclès) pratiquées au cours d'un nouvel examen moncore un bulbe duodénal s'emplissant mal, avec des contours irréguliers. »

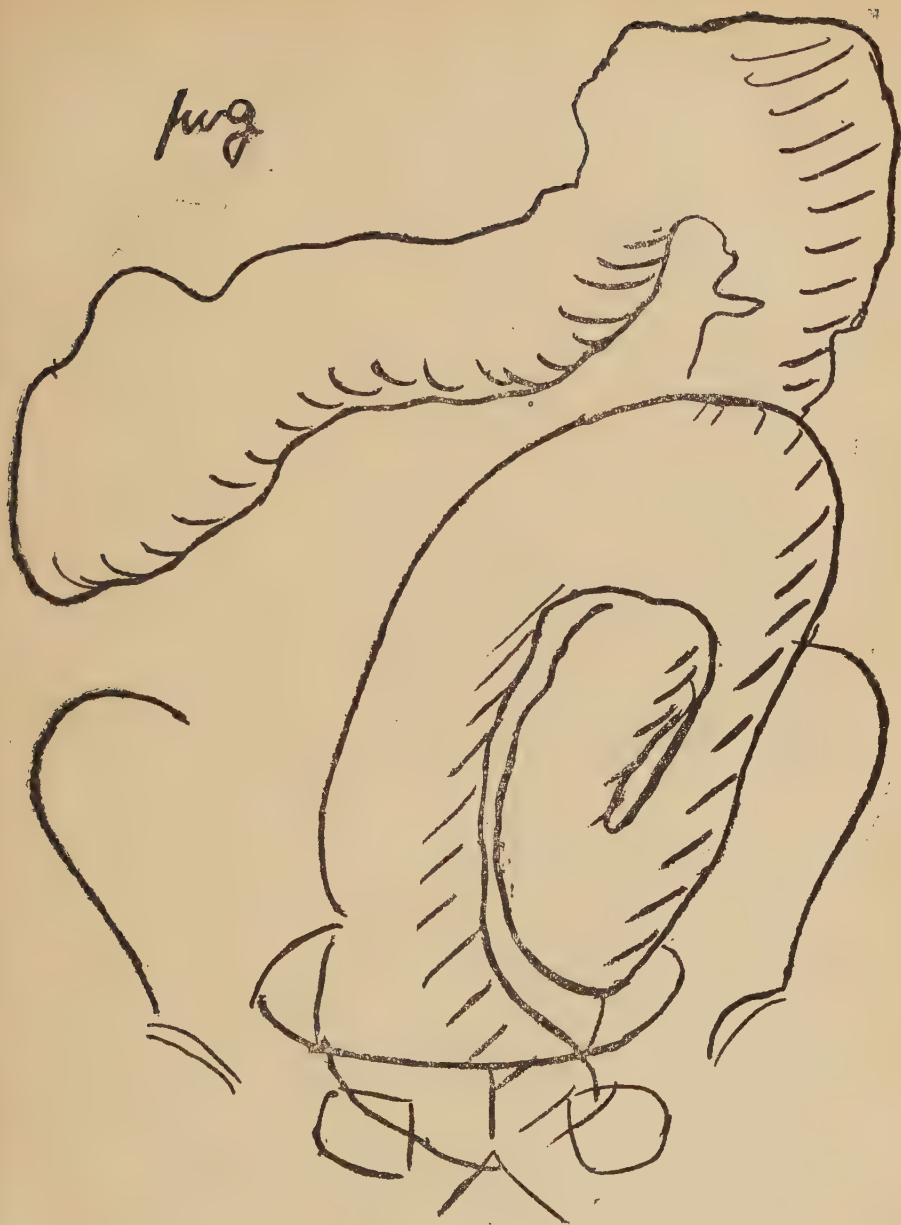
Les deux examens, radioscopique et radiographique concordent donc et concluent à la possibilité d'adhérences péri-duodénales ; on institue donc un traitement d'épreuve antispasmodique (belladone en teinture par la bouche) topique (bismuth, kaolin, magnésie), et régime.

Le malade revient au bout de trois semaines de ce traitement et reconnaît que ses douleurs ont notablement diminué. Elles n'ont, toutefois, pas entièrement disparu et le patient nous fait remarquer alors l'importance de sa constipation, l'abondance des gaz qui l'incommodent. Notre attention étant donc attiré evers une étude du fonctionnement intestinal, et nous demandons un examen radiologique complémentaire de l'intestin par voie basse.

« Le lavement baryté remplit sans arrêt tout le gros intestin. Le sigmoïde présente un certain degré de dolichocolie, et remonte dans la fosse iliaque droite, dépasse ensuite la ligne médiane pour déborder au-dessus de la ligne des crêtes iliaques à gauche. »

Ce nouvel examen radiologique confirme donc notre diagnostic clinique de malformation de l'intestin terminal ayant entraîné des troubles gastriques et duodénaux par périviscérite secondaire. »

Fig



II

LA FORME HÉMORRAGIQUE

Les hémorragies digestives liées aux troubles du transit colique sont particulièrement mal connues et nous voudrions nous étendre quelque peu à leur sujet.

De pareils cas n'ont guère été signalés. Ismojich, dans sa thèse originale sur les troubles gastriques et duodénaux au cour de la maladie de Hirschprung, n'en rapporte pas d'exemple. Chiray et Amy, dans un travail de la Presse Médicale, en ont rapporté deux observations particulièrement détaillées. Avant de les rapporter ici, nous voulons dire quelques mots de la pathogénie de ces phénomènes hémorragiques.

Dans les troubles du transit colique et, en particulier, dans les dolichocolons, il se fait souvent une répercussion importante vers le carrefour sous-hépatique, sus forme de dudénite congestive et de péri-duodénite. De nombreux faits expérimentaux permettent d'éclairer ces phénomènes en apparence disparates. On sait, en effet, la facilité avec laquelle la région pyloro-duodénale répond par une congestion active aux différentes irritations parties des segments inférieurs du tractus digestif.

Le Professeur Roger, en 1894, injectant du

naphtol B dans les artérioles du cæco-colon, pour provoquer une gangrène de cet organe, a réalisé constamment des réactions congestives et des suffusions hémorragiques au niveau de l'antra pylorique et du duodénum. G. Moxol, reprenant avec de nouvelles techniques les expériences de G. Parturier, constate la rapidité avec laquelle le segment duodénal se congestionne et saigne lorsqu'on pratique des sténoses étagées de l'intestin grêle.

Les recherches anatomiques permettent aussi de comprendre les répercussions inflammatoires exercées sur le duodénum et le péritoine sous-hépatique par la stase intestinale chronique à prédominance droite. Basset, dans une remarquable étude des voies lymphatiques afférentes du flanc droit, les poursuit le long des vaisseaux mésentériques, derrière le corps du pancréas où elles se jettent dans les troncs lymphatiques droits. Les ganglions lymphatiques de cette voie iléo-cæco-pancréatique, s'étagent à la base du méso-appendice, puis le long des vaisseaux mésentériques, et se groupent enfin dans la région duodénale et de la tête pancréatique.



Les observations de dolichocolon avec hématomèses que nous rapportons sont particulièrement dignes d'intérêt, car elles montrent l'efficacité indi-

recte sur les hémorragies digestives d'une thérapeutique essentiellement dirigée contre la stase intestinale chronique.

Le premier malade de Chiray et Amy a déjà présenté à l'âge de 6 ans des ascaris ; depuis l'âge de huit ans, tous les hivers, on remarque un état d'anémie marquée, avec asthénie, anorexie, tous signes qui s'amendent au début de l'été. A 14 ans, l'état d'anémie s'accroît avec apparition inopinée de selles hémorragiques noires ; il existe une atteinte sérieuse de l'état général avec tendances syncopales. Quelques mois après cette alerte, nouvelle expulsion d'ascaris. A seize ans, réapparaissent les mêmes troubles avec selles hémorragiques noires, et élimination de quelques œufs d'ascaris. L'examen radiologique pratiqué à cette époque montre une stase duodénale et le professeur Duval intervient : il trouve un duodénum gros, dilaté, sans aucun signe d'ulcus. Il pratique une duodéno-jéjunostomie qui améliore sensiblement le malade, mais, à l'automne suivant, un nouveau méloëna important se produit. Un examen radiologique montre une périviscérite de l'antrum prépylorique et du bulbe duodénal avec rétention importante de la baryte. L'évacuation intestinale est également retardée ; elle attire l'attention sur l'anse sigmoïde et permet de soupçonner un dolichocolon que le lavement baryté confirme pleinement. Une thérapeutique intestinale stricte a fait disparaître tous les troubles observés.

Les auteurs rapportent ensuite un second cas d'hématémèses au cours d'un dolichocolon ; cette observation particulièrement détaillée ne peut être rapportée ici, car elle soulève d'importants problèmes de pathogénie, cette malade ayant présenté à la fois des phénomènes nerveux (céphalée, etc...), des troubles urinaires (polyurie sans glycosurie) des accidents digestifs (hématémèses, constipation), troubles qui étaient peut-être sous la dépendance d'une seule et même lésion de la base du crâne, lésion qu'il n'a pas été possible de mettre en évidence au moment où cette malade a quitté le service.

III

L'INTERPOSITION HÉPATO-DIAPHRAGMATIQUE DU COLON

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la salle Saint-Charles, dans le service de notre Maître le Professeur Carnot, un cas particulièrement intéressant par sa complexité, le malade se plaignant exclusivement de troubles dyspeptiques à allure progressivement aggravée, sans signaler de troubles aucun du côté intestinal. Alors que l'examen physique permettait de constater le remplacement de la matité hépatique normale par une zone de tympanisme que la radiologie se devait d'identifier.

Nous rapporterons tout d'abord l'observation détaillée de ce malade avant de reprendre la discussion du mécanisme de l'interposition hépato-déacphragmatique.

OBSERVATION PERSONNELLE

Feras... Joseph, agriculteur, âgé de 31 an, esntre à la salle Saint-Charles (service du Professeur Carnot), le 22 Octobre 1931.

Le malade souffre depuis deux ans de douleurs siégeant à l'hypochondre droit et dans la région épigastrique, survenant habituellement trois quarts d'heure à une heure après les repas, se calmant lentement au bout d'une à deux heures. Ces douleurs n'apparaissent qu'après les repas de midi et du soir, jamais après le petit déjeuner du matin. Elles ont un caractère de torsion, et s'irradient en haut vers le thorax tout spécialement vers la pointe de l'omoplate.

Depuis trois mois, les douleurs sont devenues plus vio-

lentes, presque continues, ne disparaissant pas dans la nuit. Elles s'accompagnent d'hyperacidité et se calment par les vomissements provoqués du malade. Ces vomissements sont habituellement constitués de liquide gastrique pur, quelquefois avec des aliments.

Depuis quinze jours, les douleurs sont devenues intolérables, empêchant toute activité professionnelle, empêchant même la marche. Le malade a été admis à l'Hôtel-Dieu d'Orléans d'où il a été dirigé sur la Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu de Paris.

Le malade se plaint encore de constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéiques fétides. De plus, depuis quelques mois, le malade a subi des crises douloureuses diffuses de tout l'abdomen, s'accompagnant d'un important ballonnement, disparaissant spontanément après une émission gazeuse ou fécale.

Le malade a maigri de huit kilos en moins de deux mois.

Dans les antécédents, nous ne pouvons signaler qu'une intervention pour hernie inguinale en 1918.

EXAMEN : *Appareil respiratoire* : rien à signaler, percussion normale, auscultation normale. *Examen radioscopique* : image thoracique normale.

Appareil circulatoire : la pointe du cœur soulevée, bat dans le quatrième espace intercostal à gauche, à onze centimètres de la ligne médiane. Le bord droit est percutable à deux centimètres et demi à droite de la ligne médiane. A l'auscultation : pas de bruits anormaux.

Le pouls bat à 15 au quart, il est régulier, égal, bien frappé. z

La tension artérielle au Vaquez Laubry est 13,5/9 (bras gauche).

A l'abdomen : La matité hépatique est masquée par une zone de tympanisme qui se délimite comme suit : elle remonte jusqu'à la cinquième côte à droite, s'étend jusqu'à la ligne axillaire postérieure et atteint, à ce niveau, le neuvième espace intercostal ; elle remonte jusqu'à la pointe du cœur dans

l'hypochondre gauche, et atteint la ligne axillaire antérieure au niveau de la huitième côte ; vers le bas, enfin, elle descend à treize centimètres de l'appendice xiphoïde.

La rate paraît normale, non palpable, percutable sur une aire de sept centimètres verticalement, de cinq centimètres horizontalement.

La palpation profonde de l'abdomen réveille une douleur légère de la région épigastrique et de l'hypochondre droit.

Dans les urines, ni albumine, ni sucre.

L'examen neurologique ne révèle rien de pathologique.

Une étude détaillée des fonctions digestives est entreprise et donne les résultats suivants :

1° *Tubage gastrique avec injection sous-cutanée d'histamine*

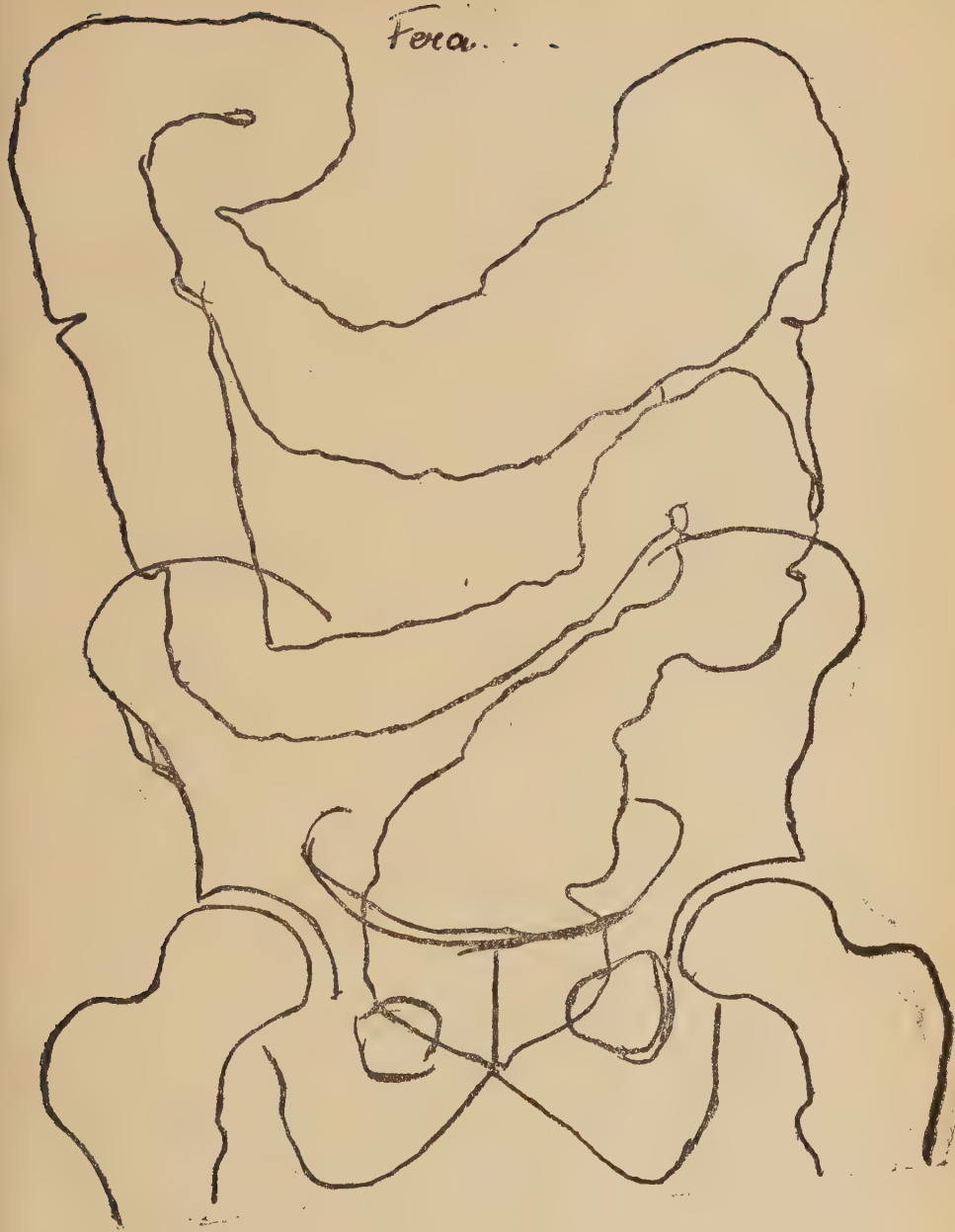
(Technique de Carnot, Libert et Bouttier)

	Volumes	Acidité libre	Acidité totale
	—	—	—
a) Suc gastrique à jeun	100 cmc	1.314	1.606
b) Un quart d'heure après l'injection d'histamine	150 cmc	2.628	2.920
c) Une demi-heure » »	60 cmc	3.869	4.161
d) 3/4 d'heure » »	65 cmc	3.942	4.234
e) Une heure » »	80 cmc	3.212	3.431
f) Une heure 1/4 » »	30 cmc	2.920	3.225

La réaction de Boas pratiquée sur les différents échantillons du tubage à jeun et après excitation histaminique, est constamment négative.

2° *La réaction de Boas effectuée à plusieurs reprises sur les selles du malade mis à un régime approprié, fut constamment négative.*

Fera. . .



3° *Examen radioscopique de l'estomac et du duodénum*

25 Octobre 1930 (Dr. Lagarenne)

Estomac hypertonique, allongé transversalement à trois travers de doigt au-dessus des crêtes iliaques. Le pylore est dévié à trois travers de doigt de la ligne médiane.

Il existe une douleur diffuse à la palpation de tout l'hypochondre droit.

Aussitôt après le remplissage de l'estomac, naissent des contractions très violentes qui aboutissent très vite à un passage pyloro-duodéal. Le duodénum, caché par l'antrum pylorique, est très difficile à étudier.

Au bout de sept à huit minutes, aux crises d'hyperkinésie, succèdent d'assez courtes phases d'atonie.

Un quart d'heure après l'ingestion, les phases d'atonie sont devenues beaucoup plus longues et le bas-fond gastrique est descendu au niveau des crêtes iliaques.

On constate une dilatation de la troisième portion du duodénum au devant de la colonne vertébrale, avec une stase très nette.

Deux heures et demie après l'ingestion, il reste le volume d'une orange de baryte dans l'estomac.

On décide de pratiquer quinze jours plus tard, un nouvel examen radioscopique après traitement sédatif (trente gouttes de Génatropine Polonovsky et Nitzberg et un comprimé de Sédobrol Roche par jour).

Le 13 Novembre 1931 (Dr Lagarenne) :

Aérocolie importante ; l'angle colique droit remonte en arrière et en dehors du bord postérieur du foie, arrivant même au contact du diaphragme.

La poche à air gastrique est augmentée de volume.

L'estomac contient un peu de liquide de stase à jeun.

Les parois gastriques sont déformées par l'aérocolie, mais paraissent régulières. L'antrum pylorique et le bulbe duodéal sont attirés à droite sous le foie, paraissent entraînés au cours du déplacement ectopique de l'angle colique droit. Le pylore

est régulier ; le bulbe est très dilaté. Les contractions gastriques sont vives, par moment stricturantes, de rythme très irrégulier. Au début, stase dans le bulbe duodéal, puis le passage s'amorce : le genu superius, étroit, n'est franchi qu'avec peine par le baryte qui va stagner dans la troisième portion duodénale.

Au bout de trois quarts d'heure, le bas-fond gastrique est étalé en cuvette. Deux heures et demi après l'ingestion, il reste le volume d'une orange de baryte dans l'estomac.

Le lavement baryté (20 Novembre 1931, Dr Diocles) remplit tout le gros intestin, malgré l'aérocolie très marquée. On ne note ni rétrécissement ni arrêt au niveau de l'angle hépatique, ni du cæco-colon. L'anse sigmoïde est anormalement longue, formant une double boucle en *S italique*, qui occupe la moitié gauche de l'abdomen. A la palpation, tout le colon est très mobile. Sur le transverse apparaissent de vives contractions.

Chez ce malade, donc, nous trouvons, au cours de l'examen, une histoire de dyspepsie hypersthénique, hyperacide ; l'examen clinique révèle une aérocolie énorme avec interposition hépato-diaphragmatique du colon ; la notion de crises douloureuses avec ballonnement abdominal soulagées spontanément par des émissions gazeuses et fécales, suggère l'idée de crise de subocclusion par volvulus de l'anse sigmoïde. Dans le cas présent, donc, l'interrogatoire et l'examen clinique du malade devaient logiquement conduire le praticien au diagnostic de dolichocolie sigmoïdenne à vérifier par contrôle radiologique. Ce dernier a expliqué la pathogénie des phénomènes gastriques par la déviation du pylore et du duodé-

num, le rétrécissement du genu supérius, la stase de la troisième portion du duodénum, tous phénomènes secondaires provoqués par le dolichocolon.

Le dernier mémoire consacré à la question de l'interposition hépato-diaphragmatique du colon a été écrit par F. Trémolière et J.-M. Pierron. Ces auteurs, dans leur introduction, notent que le diagnostic peut en être fait par la constatation d'une zone de tympanisme qui vient remplacer la matité hépatique normale. Ils ajoutent alors que « ce symptôme peut passer fréquemment inaperçu, parce que l'on n'a pas l'habitude de percuter pour délimiter le foie. » Nous profitons de cette occasion pour nous élever contre la négligence actuelle des débutants de la médecine qui omettait, trop souvent à notre gré, la percussion de l'abdomen, pratique qui a donné aux anciens auteurs de si utiles renseignements. Nous pensons que la pathologie intestinale, encore si complexe malgré les progrès de la radiologie et du laboratoire, avancerait énormément si l'on reprenait à la lumière des précisions actuelles les différentes techniques sémiologiques pronées par les anciens auteurs.

Dans leur étude pathogénique de l'interposition hépato-diaphragmatique du colon, Trémolières et Pierron omettent, nous semble-t-il, la possibilité d'une dolichocolie généralisée ou segmentaire. Ce cas de Champan qu'ils citent où le sigmoïde était venu se loger au contact du diaphragme, aurait dû

leur faire rechercher plus systématiquement cette malformation. Ils signalent pourtant que leur premier malade présentait un mégacolon total.

Trémolières et Pierron considèrent la périviscérite adhésive comme la cause principale du déplacement de l'anse colique et dans leurs deux cas personnels, ils relèvent l'existence d'ulcus gastriques vérifiés opératoirement. Dans l'observation que nous apportons aujourd'hui, le diagnostic d'ulcus a pu être éliminé par les examens radiologiques ; la péri-duodénite qui a été notée peut être considérée aussi comme d'origine strictement colique. Dans le chapitre précédent, nous avons pu insister sur la fréquence des lésions péritonéales chroniques au cours des stases intestinales, pour ne pas devoir exposer cette pathogénie à nouveau ici.

IV

FORME AVEC PRÉDOMINANCE DE SIGNES D'INTOXICATION GÉNÉRALE ET DE TROUBLES NERVEUX

L'existence de formes à prédominance de trouble nerveux et d'intoxication générale ont déjà été signalées et Chiray, Lomon et Wahl en rapportent deux exemples détaillés dans leur étude du dolichocolon.

Grâce à l'obligeante bienveillance de M. le Docteur Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu, il nous est possible d'en apporter une observation personnelle. Le cas est particulièrement intéressant à deux points de vue ; tout d'abord par la localisation vraiment anormale des sensations douloureuses dans l'hypochondre gauche, ensuite par l'intensité de l'intoxication générale tant physique que psychique. Le malade est devenu un mélancolique à tendances dépressives, qu'il sera fort difficile de remonter au point de vue nerveux. Au point de vue physique, l'asthénie, l'anémie avec apparition d'un teint jaune paille, la fétidité de l'haleine constituent des signes fort désagréables qui concourent encore à accentuer les tendances dépressives du patient.

OBSERVATION PERSONNELLE

Tous..., 60 ans.

Il y a six ans, en 1924, ce malade a fait un ictère d'une huitaine de jours, survenu à la suite d'un épisode intestinal

dysentérique, avec tranchées douloureuses et émission fréquente de glaires, épisode ayant duré deux à trois jours.

A la suite de ces troubles, le malade a présenté une tendance à la constipation qui a été en s'accroissant de plus en plus. Au bout de deux ans, fin 1926, sont apparues de la pesanteur, des crampes et des brûlures localisées à la région épigastrique. Ces phénomènes ont toujours été en s'accroissant, s'amendant un peu quand les selles revenaient à la normale.

Enfin, il y a près de deux ans, en 1929, sont apparues des céphalées coïncidant avec les périodes d'aggravation de la constipation. Ces céphalées sont devenues presque continues, laissant une impression de tension et de lourdeur permanentes, avec des paroxysmes intolérables.

Un nouveau type de douleurs tardives est apparu encore à cette époque, sensation de torsion et de gonflement survenant trois à quatre heures après les repas, étroitement localisées dans l'hypochondre gauche, au niveau de la ligne axillaire moyenne à sa rencontre avec les sixième, septième et huitième côtes. Ces douleurs ont été en s'accroissant de plus en plus et à devenir presque prépondérantes dans le tableau subjectif que nous présente ce malade.

Un amaigrissement lent mais progressif, une atteinte profonde de l'état général avec intoxication, teint sale, haleine fétide, etc... avaient fait craindre une lésion néoplasique possible des voies digestives et le Docteur Sainton, médecin de l'Hôtel Dieu, auquel notre malade s'était confié, nous l'a adressé pour effectuer les diverses recherches spéciales que nécessitaient ses troubles digestifs.

Notons qu'auparavant, dans le service de M. Sainton, toute atteinte des organes vasculaires (possibilité d'artériosclérose ou d'hypertension), des organes urinaires (possibilité de néphrite urémique ou d'infection urinaire), avait été soigneusement recherchée, puis éliminée. Des examens très complets du système nerveux et des appareils endocriniens avaient tous donné des réponses normales.

Dans les antécédents héréditaires, on doit noter que le père, atteint du chancre des fumeurs, est mort par érysipèle

post opératoire, que la mère a atteint un âge très avancé et est décédée à 83 ans de bronchite chronique, avec insuffisance cardiaque. Une sœur bien portante et une autre sœur morte en 1889 (d'affection non déterminée).

Antécédents personnels : Dans son enfance, le malade a toujours présenté des tendances diarrhéiques ; très nerveux, il s'est plaint encore fréquemment de sensation de striction de la gorge .

En 1889, le malade fait une influenza très grave qui laisse des séquelles (asthénie, anémie, fatigabilité) qui ont persisté près de cinq ans.

Jamais il n'a contracté d'affection vénérienne.

Sa femme a toujours été bien portante ; en 1924, elle a suivi un traitement roentyenthérapique pour fibrome utérin. En 1908 elle avait fait une fausse couche spontanée. Pas d'enfants.

Le malade a fait la guerre sans accident, intoxication ni blessure. Il est à noter que, pendant toute cette période de surmenage physique, il y a une disparition complète de la sensation de striction de la gorge, ainsi que des troubles diarrhéiques.

Nous savons déjà que c'est d'un épisode dysentérique que datent ses troubles digestifs actuels.

Nous ne détaillerons pas ici l'examen général qui avait été entièrement fait au service du Docteur Sainton et avait donné des réponses normales sur tous les points (tension artérielle : 14,7 au Vaquez Laubry ; légère dilatation de la crosse aortique à la radioscopie ; urée sanguine, 0,37 gr.).

Il y a lieu, cependant, de noter l'importance des idées à tendance mélancolique et dépressive chez ce malade atteint d'une affection non diagnostiquée, à évolution lente mais progressive, se compliquant,

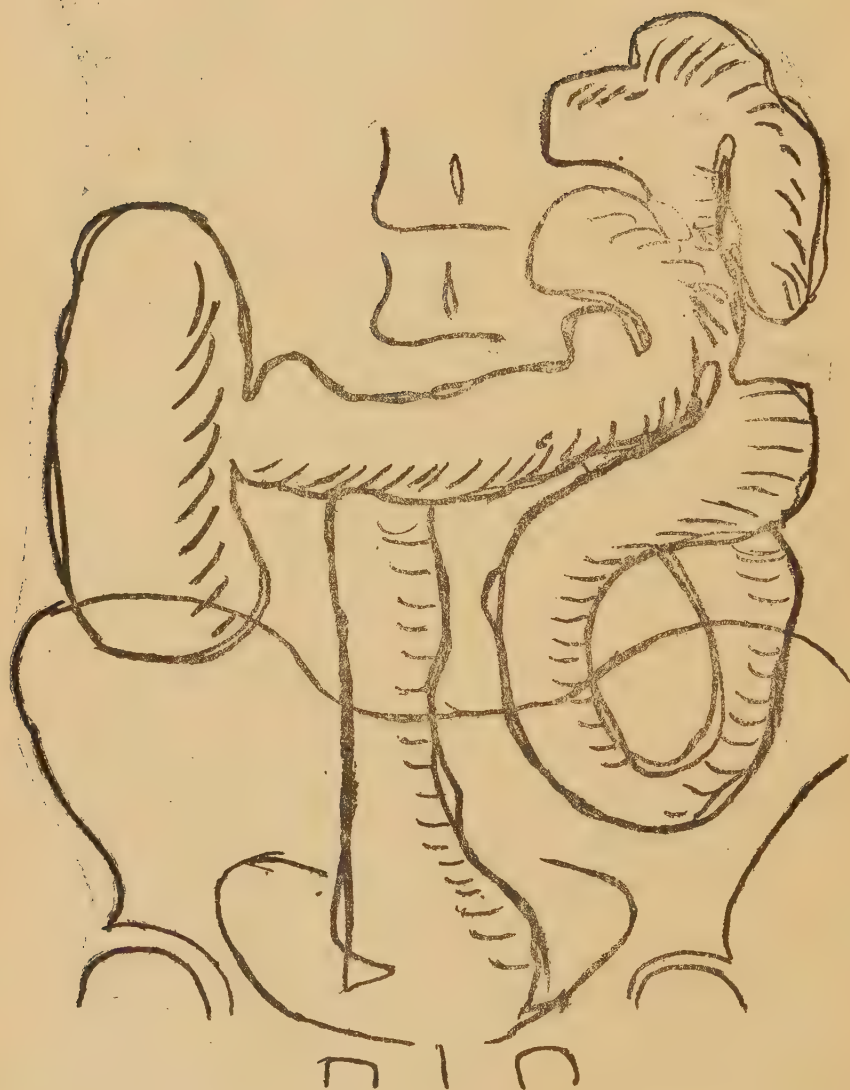
au cours de son évolution, de troubles gênants, sinon douloureux ; il se plaint surtout de la fétidité de son haleine qui rend sa compagnie pénible même à ses intimes. La découverte d'un diagnostic précis et l'application d'une thérapeutique précise allaient rendre à cet homme la confiance et le goût de la vie dont il était privé au cours de ces dernières années.

L'examen clinique de l'abdomen ne révélait aucune tumeur palpable, aucune modification du volume du foie ni de la rate, pas de douleur provoquée à la palpation superficielle ni profonde. Seuls le ballonnement et le tympanisme abdominaux suscitaient l'attention ; leur importance dans l'hypochondre gauche coïncidant avec la notion subjective de douleurs spontanées dans cette région inclinait le diagnostic vers l'existence de coudures de l'angle splénique du colon, avec crises de subocclusion survenant quatre à cinq heures après les repas.

Nous étions donc tout naturellement conduits à demander un examen radiologique du gros intestin par voie basse (le 15 octobre 1931) : « Le lavement baryté remplit normalement le gros intestin qui ne présente aucun rétrécissement ; léger temps d'arrêt dans la progression du liquide opaque au niveau de l'angle splénique qui se présente avec deux boucles assez serrées. De plus, l'anse sigmoïde est allongée et remonte au-dessus du niveau des crêtes iliaques. »

La réponse de l'examen radiologique permet

Tous...



donc d'expliquer la genèse des douleurs de l'hypochondre gauche, leur horaire tardif en relation avec la nature colique des lésions, l'intoxication générale du malade et la fétidité de son haleine dues à la stase cœco-colique engendrée par le dolichocolon gauche. Il reste encore à élucider la nature intime des crampes et des brûlures de la région épigastrique ; sont-elles uniquement d'origine réflexe ou doit-on incriminer dans ces troubles l'existence de périviscérite comme dans les cas que nous avons détaillés par ailleurs ?

Cette forme est particulièrement difficile à traiter. Les essais thérapeutiques que nous avons tentés par la méthode classique n'ont pas donné les résultats que nous avions espéré ; les piqûres de post hypophyse n'ont guère eu plus de succès et nous nous proposons d'accentuer encore le traitement : purgatifs cathartiques à doses fractionnées suivant la méthode de Girault et Mlle Reichenecker, et grands lavements évacuateurs à la rectopanbiline.

V

LA FORME PSEUDO-APPENDICULAIRE

Enfin, il est une forme atypique de dolichocolon qui dérouté fort souvent le clinicien, c'est la forme pseudo-appendiculaire. Il ne nous a malheureusement pas été donné d'en observer de cas personnels, mais nous avons été mis au courant des malades étudiés dernièrement par Chiray, Lomon et Amy et nous nous bornerons à rapporter certains de leurs cas.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour des douleurs de la fosse iliaque droite attribuées à une appendicite chronique ; dans certains cas, c'est l'examen abdominal qui révèle l'existence d'un cæcum et d'un colon ascendant gros, gargouillants, douloureux à la pression et à ce propos on est amené à discuter la possibilité d'une typhlectasie, d'une typhlite ou d'une pérityphlite chroniques. Les symptômes s'accroissent chez certains malades, au point de créer un véritable état de défense de la musculature droite de l'abdomen, au point d'empêcher, dans certains cas, toute palpation méthodique. Il arrive même que les phénomènes constatés dans la fosse iliaque droite évoluent par crises et qu'ils donnent

naissance à une dilatation caecale aiguë avec météorisme, clapotage, le tout accompagné d'état nauséux et d'anorexie ; le diagnostic avec l'appendicite aiguë d'emblée ou chronique en poussée aiguë devient même véritablement délicat au cours des crises violentes et de nombreux malades avaient été déjà opérés avant que les auteurs ne les aient vus.

Au milieu de ce polymorphisme symptomatologique qui égare le diagnostic, le praticien recherchera des signes cardinaux du dolichocolon : constipation chronique entrecoupée de débâcles diarrhéiques, sensation de ballonnement et crises douloureuses liées à l'érocolie. Ces quelques faits suffiront encore à guider le praticien et à l'engager à demander un contrôle radiologique du fonctionnement de l'intestin terminal.

Ces douleurs pseudo-appendiculaires reconnaissent deux origines : soit une dilatation cæco-ascendante qui se ferait en amont de l'anse dolichocolique spasmée, soit un déplacement de l'anse anormale qui vient se loger en tout ou en partie dans la fosse iliaque et dans le flanc droit.

Nous citerons l'une des observations les plus caractéristiques de ce travail :

Mme Mei..., 45 ans.

Depuis cinq ans, présente généralement au moment des règles, des crises douloureuses caractérisées par des coliques qui surviennent vers six heures du soir, suivies à deux heures du matin de selles diarrhéiques fétides ; à ce moment, quel-

quefois, des vomissements bilieux, des étourdissements. Les différents traitements essayés furent inefficaces (bismuth, opium, entéro-vaccin).

De plus, cette malade a présenté trois crises douloureuses du flanc droit, non accompagnées de fièvre, mais avec vomissements. Ces crises ont duré chacune près de douze heures.

Le régime des farineux imposé à cette malade n'a pu être supporté.

L'examen clinique révèle une douleur sur tout le cadre colique, particulièrement au-dessous du rebord costal droit. L'examen radiologique montre un important dolichocolon sigmoïdien avec distension des segments sus-jacents et accumulation anormale de gaz.

Le traitement amène une notable amélioration.

THERAPEUTIQUE

Le traitement médical doit toujours être essayé car dans la majorité des cas, il suffit à amener des régressions anatomiques importantes et à enrayer les principaux troubles. La guérison définitive ne semble que très rarement réalisée, et les moindres infractions sont rapidement suivies d'une reprise des symptômes.

1° *Le Régime* sera commandé par l'état du colon et variera donc d'après l'examen des selles. Dans la pratique courante, cependant, on peut toujours supprimer systématiquement tous les farineux, la plupart des malades reconnaissant d'ailleurs que cette catégorie d'aliments exacerbe le plus souvent les signes dus à l'aérocolie.

2° *Les Médicaments* s'adressent surtout aux troubles du transit. Ils sont de deux ordres, antispasmodique et évacuateur.

La médication antispasmodique comprendra alternativement la belladone et ses dérivés, l'atropine et ses succédanés, la papavérine, le benzoate de benzylole. On peut espérer barrer ainsi le spasme de l'anse

anormale, spasme qui contribue, pour une grande part, à la constitution de la stase cæco-ascendante dont dépendent les signes généraux d'intoxication dont se plaignent les malades.

D'autre part, la médication laxative peut se prescrire de différentes manières : soit par l'emploi de laxatifs huileux ou mucilagineux, emploi quotidien et prolongé, soit encore par la prise de purgatifs salins à doses réfractées, deux ou trois grammes de sulfate de soude le matin à jeun ou un verre de deux cents grammes d'eau de Saint-Arée, tiédie au bain marie à prendre également à jeun, suivant la technique de F. Moutier. Enfin, d'excellents résultats ont été obtenus par A. Girault et Mlle Reicheneker par la méthode horaire qui consiste à faire prendre au cours de la journée, à petites doses, un mélange de purgatifs cathartiques et de mucilage, suivant la formule :

Racines de podophylle	8 gr.
Racines de Guatiolé	16 gr.
Racines de Bryone	8 gr.
Baies de Nerprun	4 gr.
Un purgatif	16 gr.

Faire macérer à froid pendant quarante-huit heures dans deux cents centimètres cubes d'eau ; ajouter ensuite cent grammes d'alcool à soixante degrés et laisser vingt-quatre heures en présence ;

filtrer ; prélever chaque matin trente gouttes de cette solution mère que l'on dilue dans cent vingt centimètres cubes d'eau. Le malade en prend une cuillerée à café toutes les heures.

Enfin, aux deux grands repas, deux cuillerées à café de graines de *psyllium*.

3° *Les lavements*. — Au début, les grands lavements d'un litre d'eau bouillie, auxquels on ajoutera deux à trois cuillerées à café de rectopanbiline permettront d'amorcer la rééducation intestinale. Petit à petit, au fur et à mesure de l'amélioration générale et locale, on remplacera les grands lavements par de petits lavements huileux répétés deux ou trois fois par semaine.

4° *Les pratiques* physiothérapiques comprennent des grands massages et des pratiques électro-thérapiques, notamment des séances quotidiennes à basse intensité, mais de longue durée.

La gymnastique abdominale paraît également de première importance.

CONCLUSIONS

1° Le dolichocolon est une affection caractérisée au point de vue anatomique par un allongement généralisé ou segmentaire du gros intestin.

2° Le diagnostic de dolichocolon ne peut être valablement posé qu'après examen radiologique par voie basse, sur des images caractéristiques dessinées par le lavement baryté.

3° Le diagnostic de dolichocolon peut être proposé au point de vue clinique en se basant sur la triade symptomatologique : constipation, aérocolie, crises douloureuses.

4° Le diagnostic de dolichocolon peut être proposé au point de vue radiologique, en se basant sur des aspects caractéristiques des images caractéristiques, ou des modifications du transit intestinal suivant le type de la constipation dyskinétique.

5° Le dolichocolon peut revêtir une forme dyspeptique, avec périviscérite ou avec hématomèse, une forme avec interposition hépato-diaphragmatique, une forme pseudo-appendiculaire, une forme avec prédominance de troubles nerveux et d'intoxication générale.

6° Le dolichocolon est susceptible d'être amélioré par le traitement médical ; certains auteurs ont même signalé des modifications d'ordre anatomique.

7° Le traitement médical du dolichocolon sera à la fois antispasmodique et laxatif.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

Vu : *Le Président,*

P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE.

La bibliographie complète de la question se trouve dans l'ouvrage de Chiray, Lomon et Wahl. Nous trouvons inutile de la reproduire ici, nous contentant de donner les références qui nous ont particulièrement été utiles au cours de ce travail.

BÉCLÈRE. — *A propos des variations de longueur du gros intestin.* Archives des maladies de l'appareil digestif, T.XIII, p.270, 1923.

BENSAUDE et GUÉNAUX. — *Les mouvements du gros intestin et les maladies de l'intestin.* Paris, Masson, 1901.

BENSAUDE et MONOD. — *Le dolicho-sigmoïde.* Annales de médecine, T.XXXVII, N° 4, avril 1930.

CARNOT. — *Un cas d'acromégalie ; tumeur hypophysaire avec mégaçolon.* Paris Médical, n° 45, 9 Novembre 1929.

CARNOT et GLINARD. — *Les mouvements de l'estomac et de l'intestin,* in *Traité de Physiologie*, T.III, Paris, Masson, 1931.

CARNOT, HARVIER, LARDENNOIS, FRIEDEL. — *Les colites,* Paris, Baillière, 1930.

CHIRAY et AMY. — *A propos de quelques hématémèses mal connues.* Presse Médicale, 9 Juillet 1930.

CHIRAY, LOMON et WAHL. — *Le dolichocolon^o; clinique, radiologie, thérapeutique.* Paris, Masson, 1931.

CHIRAY, LOMON et AMY. — *Les manifestations douloureuses du flanc droit au cours du dolichocolon gauche.* Gazette Médicale de France, 15 Novembre 1931.

DURAND. — *L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations.* Archives des maladies de l'appareil digestif, T.XIX, Décembre 1929.

FRIEDEL et JAUGAS. — *Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie.* Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Juillet 1919.

GIRAULT. — *Un traitement médical du dolichocolon.* Archives des maladies de l'appareil digestif, T.XVI, p.719.

LARDENNOIS et AUBOURG. — *Allongements segmentaires du gros intestin.* Journal de Radiologie et d'Electrologie, Février 1914.

MARFAN. — *Les affections des voies digestives de la première enfance.* Paris, Masson, 1923.

MONDOR. — *Diagnostics urgents: abdomen,* Paris, Masson 1931.

Mlle REICHENECKER. — *Un nouveau traitement des mégadolichocolon.* Archives des maladies de l'appareil digestif, 1929, p.366.

TRÉMOLIÈRES et PIERRON. — *L'interposition hépato-diaphragmatique du colon.* La Presse Médicale, Janvier 1930, N° 1.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
DÉFINITION	16
PATHOGÉNIE	18
SYMPTOMES CLINIQUES DE LA FORME TYPIQUE DU DOLICHOLON	22
SYMPTOMATOLOGIE RADIOLOGIQUE DU DOLICHOLON.....	27
LES FORMES ATYPIQUES DU DOLICHOLON :	
I. — La forme dyspeptique	32
II. — La forme hémorragique	38
III. — L'interposition hépato-diaphragmatique du Colon	42
IV. — Forme avec prédominance de signes d'intoxi- cation générale et de troubles nerveux....	50
V. — La forme pseudo-appendiculaire	56
THÉRAPEUTIQUE	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

